第７号様式（第７条）

提出日となります

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【記入例】　子ども医療費支給申請書 | | | |
| 令和　　　年　　月　　日 | | | |
| 館山市長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　館山市\*\*\*\*\*  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　090-\*\*\*\*-\*\*\*\*  　　　　氏　　名　（振込先と同一の保護者）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　館山　太朗 | | | |
| 子ども医療費の支給を受けたいので，館山市子ども医療費支給条例施行規則第７条の規定により申請します。 | | | |
| 子ども氏名 | 館山　長女 | | |
| 生年月日 | 令和\*年\*\*月\*\*日 | | |
| 加入医療保険 | | 保険者名称 | 〇〇〇健康保険組合 |
| 記号・番号 | \*\*\*\*\*\*　　\*\*\* |
| 振 込 口 座 | | 千葉　　銀行　　館山　支店　（支店番号：　\*\*\*　　　） | |
| 普通預金№ | \*\*\*\*\*\*\*（7ケタの番号） |
| ふりがな | たてやま　たろう |
| 氏　　　名 | 館山　太朗（申請者と同一の保護者） |

【必要書類】※子ども医療費の受給券が出ている（認定されている）児童が対象です

　①認印　②病院・薬局の領収書（保険診療分＆自己負担額以上が支払われているもの）⇒※マイナ保険証等を提示せず、全額自己負担で支払を行った場合は先に保険組合へ請求する必要があります。

　③児童の被保険者・被扶養者資格がわかるもの　④申請者（保護者）への振込先がわかるもの

【支払について】振込通知等はなく、提出の翌月末以降に指定口座に振込まれますので、通帳記帳などの際に確認下さい。ただし、病院や保険組合等への照会を必要とする場合には、支払までに数カ月を要すことがありますので予めご了承ください。　　子ども医療担当：0470-22-3750